



Bluebonnet Dental

ADVANCED COSMETIC & FAMILY DENTISTRY

CONSENT TO PERFORM DENTISTRY

After discussion with the doctors and/or staff about dental options and fees, I hereby authorize and direct the dental associate at Bluebonnet Dental and/or dental auxiliaries of his/her choice, to perform all dental treatment or oral surgery procedure(s), with the use of any necessary or advisable local anesthesia, radiographs (x-ray) or diagnostic aids, including the following:

- A. Preventative hygiene treatment (prophylaxis) and the application of topical fluoride.
- B. Application of plastic “sealants” to the grooves of the teeth.
- C. Treatment of diseased or injured teeth with dental restorations (fillings or crowns).
- D. Replacement of missing teeth with dental prostheses (bridges, partial dentures, full dentures, implants).
- E. Removal (extraction) of one or more teeth.
- F. Treatment of diseased or injured oral tissues (hard and/or soft).
- G. Use of sedative drugs to control apprehension and/or disruptive behavior.
- H. Treatment of malposed (crooked) teeth and/or oral developmental or growth abnormalities.

I agree to the use of local anesthesia and the use of nitrous oxide/oxygen analgesia depending on the judgment of the doctor/s. Local anesthesia is very safe but in some cases, can cause temporary swelling, redness, bleeding and pain following procedure. In very rare cases residual numbness of the tongue, cheeks and/or lips can occur and can persist for days, months, and potentially permanently. Nitrous oxide/oxygen may occasionally produce nausea and vomiting. I am also aware that the nosepiece leaves an indentation or ring around the nose, which disappears shortly after the procedure. I understand and have been informed of the above risks and complications.

I recognize that during treatment unforeseen circumstances may necessitate additional procedures that are deemed necessary or desirable to oral health and well being in the professional judgment of the dentist.

I understand that there are risks involved in this treatment and hereby acknowledge that these risk/s have been or will be explained to me, that I will have an opportunity to ask questions regarding the treatment and the risks, and that I fully understand the same.

There are possible risks and complications associated with the administration of local anesthesia, sedation and drugs. The most common of these are swelling, bleeding, pain, nausea, vomiting, bruising, tingling and numbness of the lips, gums, face and tongue, allergic reactions, hematoma (swelling or bleeding at or near the injections site), fainting, lip and cheek biting resulting in ulceration and infection of the cheek and gums. I also understand that there are rare potential risks such as unfavorable reactions to medications possibly leading to respiratory and cardiovascular collapse (stopping of breathing and heart function) and lack of oxygen to the brain that could result in coma or death. I understand and have been informed of the above risks and complications.

I have been advised that the success of the dental treatment to be provided will require that the patient and/or parents follow post-operative and post-care instructions of the dentist/s.

I understand that our dental insurance is a contract between my or spouse’s employer and the insurance company. As such, Bluebonnet is not involved in or has negotiated these contracts. Your employer decides how much he/she will spend per employee per year and then chooses the services that can be included in our company’s plan for that dollar amount. This means not all dental procedures will be covered by the insurance company. Because some procedures are not being covered, this does not mean that these



uncovered procedures are not necessary or of no benefit. Some examples of procedures not routinely covered by insurance but not all-inclusive are:

1. Gross cleaning (cleanings for patients who need more attention to their gums over and above that required for patients who have regular checkups).
2. Adult fluoride (14 years and up).
3. Sealants on children older than 14 years of age and adults.
4. Build up fillings-large fillings for badly broken down teeth, which later will require a crown (this is more common when buildup is done the same day as the crown).
5. Composite (white filling) on molar (posterior) teeth. Some insurance companies pay a percentage of the less expensive silver – mercury fillings.

Accordingly, I remain responsible for all fees and charges.

I understand the need to return for uncompleted procedures in a timely manner. This includes procedures for root canals, crown, bridges, implants and dentures. If appointments are not kept, patient has been informed of the possibility of restorations not fitting properly and thus requiring more appointments and added expense to the patient. In the case of root canals, missed appointments can result in re-infection of the tooth and pain. Also, root canal teeth become brittle with time and missing visits delays the placement of a final restoration (i.e., crown) to protect the weakened tooth. Root canal teeth without protection or coverage by a crown can possibly fracture. Fractured teeth frequently require extraction. Finally, patient understands that root canals, buildups, fillings and crowns are separate procedures and as such, each has its own insurance code and fee. Thus, the fee for a root canal does not include restoring the tooth with filling or crown.

I understand that patients need to call the office 24 hours in advance to cancel appointments and that repetitive cancellations will result in a broken appointment charge.

I HEREBY STATE THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS CONSENT AND THAT ALL QUESTIONS ABOUT PROCEDURES HAVE BEEN OR WILL BE ANSWERED IN A SATISFACTORY MANNER AND I UNDERSTAND THAT I HAVE THE RIGHT TO BE PROVIDED ANSWERS TO QUESTIONS WHICH MAY ARISE DURING AND AFTER THE COURSE OF MY TREATMENT.

I further understand that this consent form will remain in effect for 5 years after date below.

Patient/Parent or Guardian (if under 18 yrs. Old)

Date

Witness

Date



CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR ODONTOLOGÍA

Después de hablar con los médicos y/o el personal sobre las opciones y tarifas dentales, por la presente autorizo y ordeno al asociado dental de Bluebonnet Dental y/o a los auxiliares dentales de su elección, que realicen todos los tratamientos dentales o procedimientos de cirugía oral, con el uso de cualquier anestesia local necesaria o aconsejable, radiografías (rayos X) o ayudas diagnósticas, incluyendo las siguientes:

- A. Tratamiento de higiene preventiva (profilaxis) y aplicación de flúor tópico.
- B. Aplicación de “selladores” plásticos a los surcos de los dientes.
- C. Tratamiento de dientes enfermos o lesionados con restauraciones dentales (empastes o coronas).
- D. Sustitución de dientes perdidos con prótesis dentales (puentes, prótesis parciales, prótesis completas, implantes).
- E. Extracción (extracción) de uno o más dientes.
- F. Tratamiento de tejidos bucales enfermos o lesionados (duros y/o blandos).
- G. Uso de drogas sedantes para controlar la aprensión y/o el comportamiento disruptivo.
- H. Tratamiento de dientes en mala posición (torcidos) y/o anomalías del crecimiento o del desarrollo oral.

Acepto el uso de anestesia local y el uso de analgesia con óxido nitroso/oxígeno a criterio del/los médico/s. La anestesia local es muy segura pero, en algunos casos, puede causar hinchazón, enrojecimiento, sangrado y dolor temporales después del procedimiento. En casos muy raros, puede ocurrir un entumecimiento residual de la lengua, las mejillas y/o los labios y puede persistir durante días, meses y potencialmente de forma permanente. El óxido nitroso/oxígeno ocasionalmente puede producir náuseas y vómitos. También soy consciente de que la pieza nasal deja una hendidura o anillo alrededor de la nariz, que desaparece poco después del procedimiento. Entiendo y he sido informado de los riesgos y complicaciones anteriores.

Reconozco que durante el tratamiento, circunstancias imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales que se consideren necesarios o deseables para la salud y el bienestar bucal a juicio profesional del dentista.

Entiendo que hay riesgos involucrados en este tratamiento y por la presente reconozco que estos riesgos me han sido o serán explicados, que tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento y los riesgos, y que entiendo completamente los mismos .

Existen posibles riesgos y complicaciones asociados con la administración de anestesia local, sedación y medicamentos. Los más comunes son hinchazón, sangrado, dolor, náuseas, vómitos, hematomas, hormigueo y entumecimiento de labios, encías, cara y lengua, reacciones alérgicas, hematoma (hinchazón o sangrado en o cerca del lugar de la inyección), desmayos, y mordedura de la mejilla que resulta en ulceración e infección de la mejilla y las encías. También entiendo que existen riesgos potenciales raros, como reacciones desfavorables a los medicamentos que posiblemente provoquen un colapso respiratorio y cardiovascular (detención de la respiración y la función cardíaca) y falta de oxígeno en el cerebro que podría provocar un coma o la muerte. Entiendo y he sido informado de los riesgos y complicaciones anteriores.

Se me ha informado que el éxito del tratamiento dental que se proporcionará requerirá que el paciente y/o los padres sigan las instrucciones postoperatorias y post-cuidado del/de los dentista/s.

Entiendo que nuestro seguro dental es un contrato entre mi empleador o el de mi cónyuge y la compañía de seguros. Como tal, Bluebonnet no participa ni ha negociado estos contratos. Su empleador decide cuánto gastará por empleado por año y luego elige los servicios que se pueden incluir en el plan de nuestra



empresa por ese monto en dólares. Esto significa que la compañía de seguros no cubrirá todos los procedimientos dentales. Debido a que algunos procedimientos no están cubiertos, esto no significa que estos procedimientos no cubiertos no sean necesarios o no tengan ningún beneficio. Algunos ejemplos de procedimientos que normalmente no están cubiertos por el seguro pero que no incluyen todo son:

1. Limpieza general (limpiezas para pacientes que necesitan más atención a sus encías además de la requerida para pacientes que tienen chequeos regulares).
2. Fluoruro para adultos (14 años en adelante).
3. Selladores en niños mayores de 14 años y adultos.
4. Reconstruir empastes: empastes grandes para dientes muy rotos, que luego requerirán una corona (esto es más común cuando la reconstrucción se realiza el mismo día que la corona).
5. Compuesto (empaste blanco) en molares (posteriores). Algunas compañías de seguros pagan un porcentaje de los empastes de plata y mercurio menos costosos.

En consecuencia, sigo siendo responsable de todas las tarifas y cargos.

Entiendo la necesidad de regresar por procedimientos incompletos de manera oportuna. Esto incluye procedimientos para conductos radiculares, coronas, puentes, implantes y dentaduras postizas. Si no se cumplen las citas, se ha informado al paciente de la posibilidad de que las restauraciones no se ajusten correctamente y, por lo tanto, requieran más citas y gastos adicionales para el paciente. En el caso de los conductos radiculares, las citas perdidas pueden provocar una reinfección del diente y dolor. Además, los dientes del conducto radicular se vuelven quebradizos con el tiempo y la falta de visitas retrasa la colocación de una restauración final (es decir, una corona) para proteger el diente debilitado. Los dientes del conducto radicular sin protección o cobertura por una corona posiblemente pueden fracturarse. Los dientes fracturados frecuentemente requieren extracción. Finalmente, el paciente entiende que las endodoncias, las reconstrucciones, los empastes y las coronas son procedimientos separados y, como tales, cada uno tiene su propio código de seguro y tarifa. Por lo tanto, la tarifa de una endodoncia no incluye la restauración del diente con empaste o corona.

Entiendo que los pacientes deben llamar a la oficina con 24 horas de anticipación para cancelar las citas y que las cancelaciones repetitivas resultarán en un cargo por cita interrumpida.

POR LA PRESENTE DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS HAN SIDO O SERÁN RESPONDIDAS DE MANERA SATISFACTORIA Y ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS QUE PUEDAN SURGIR DURANTE Y DESPUÉS DEL CURSO DE MI TRATAMIENTO.

Además, entiendo que este formulario de consentimiento permanecerá vigente durante 5 años después de la fecha a continuación.

Paciente/padre o tutor (si es menor de 18 años)

Fecha

Testigo

Fecha